

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ARMAND JARS

Né le 22 avril 1886, à Clermont-Ferrand

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ORCHITE DITE " AMYGDALIENNE "

DE VERNEUIL

Président : M. A. CHAUFFARD, Professeur

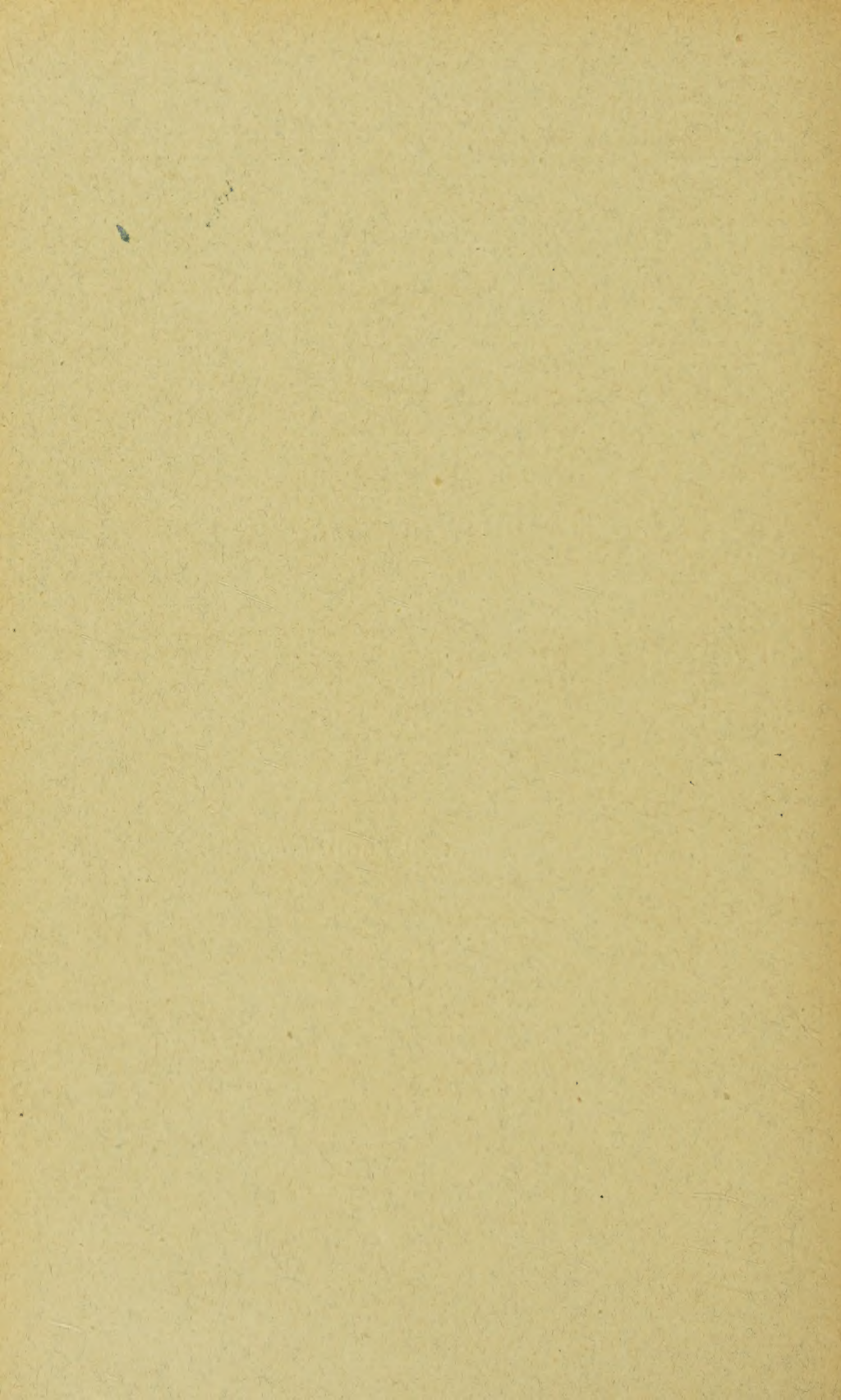
PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ARMAND JARS

Né le 22 avril 1886, à Clermont-Ferrand

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ORCHITE DITE " AMYGDALIENNE "

DE VERNEUIL



Président : M. A. CHAUFFARD, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE

LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1921

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN : M. ROGER PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
México-Chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD WIDAL GILBERT CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	N...
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	PIERRE DELBET LEJARS HARTMANN GOSSET
Clinique ophtalmologique	DE LA PERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	Aug. BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILÉAU

Agrégés en exercice

MM.			
ABRAMI	DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT
ALGLAVE	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
BASSET	FISSINGER	LELORIER	RETERER
BAUDOUIN	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BLANCHETIÈRE	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BRANCA	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
CAMUS	GUILLEMINOT	LERI	ROUVIERE
CHAMPY	GUENIOT	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ (A.)
CHEVASSU	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHIREY	HEITZ-ROYER	METZGER	TERRIEN
CLERC	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
DEBRE	LABBÉ (HENRI)	MULON	VILLARET
	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Ex-Pharmacien

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON COUSIN

LE DOCTEUR GASTON BORICAUD

Ex-interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien-Chef de l'Hôpital de KAIROUAN (Tunisie)

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. CHAUFFARD

Professeur de Clinique médicale
à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

Hommage de ma reconnaissance
et de mon respectueux attachement

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

ET DES HOPITAUX

MM. le Docteur PETIT.
le Professeur KIRMISSON
le Professeur LEJARS.
le Docteur VARIOT.
le Docteur DÉMELIN.
le Docteur de MASSARY.

MEIS ET AMICIS

HISTORIQUE

La littérature consacrée à l' « Orchite amygdalienne » n'est pas bien riche, son historique n'est pas bien chargé. Nous pourrions tracer les principales étapes de cette dernière en quelques lignes.

L' « orchite amygdalienne » est entrée dans les tables nosographiques, en 1857, sous le haut patronage du D^r Verneuil. C'est Verneuil, en effet, qui, le premier, attira l'attention des médecins sur les manifestations testiculaires et péritesticulaires, « métastatiques de l'arrière-bouche ».

Il est vrai que le mémoire de Verneuil, publié dans les « Archives générales de médecine », 1857, ne portait comme titre que « sur les épanchements dans la tunique vaginale », etc.

Mais il est certain, que, sous le processus réactionnel de la séreuse, Verneuil supposait l'atteinte de la glande elle-même. Nous ne voulons, comme preuve, que la « grande similitude » qu'il note dans l'évolution de ces phénomènes « métastatiques de l'arrière-bouche » avec

la « marche des orchites ourliennes ». L'atteinte du parenchyme glandulaire est, d'ailleurs, prouvée par l'atrophie testiculaire consécutive que Verneuil nota dans une de ses deux observations.

Pendant 30 ans, l'« orchite amygdalienne, » ne donne lieu à aucun travail d'ensemble, qui soit digne d'être mentionné, et il ne fait l'objet d'aucune monographie spéciale.

Ce n'est qu'en 1886 que Joal, dans les mêmes « Arch. génér. », reprend la question, lui consacre une étude sérieuse et bien documentée, ajoute quelques observations nouvelles (personnelles ou non) à celles de Verneuil, s'efforce de prouver l'existence réelle de l'« orchite amygdalienne » en prévenant les objections et en réfutant les critiques

En 1900, Teyssseyre, inspiré par un cas observé dans le service de M. Beclère, consacre sa thèse inaugurale aux « manifestations testiculaires dans les amygdalites aiguës ».

Il y passe en revue les observations de ses prédécesseurs, en fait la critique judicieuse, rapporte son observation personnelle qu'il juge plus convaincante que les autres, et même tout à fait démonstrative.

Teyssseyre attribue à son observation une valeur toute particulière, parce que le malade disait qu'il avait eu les oreillons quelques années avant. Nous nous permettons, à ce sujet, la remarque suivante.

Il est vrai que la récurrence des oreillons n'est pas

fréquente ; mais elle n'est, pourtant, pas tout à fait exceptionnelle. Catrin (Gaz. des hôp. 1895) a observé 9 cas de récidive sur 159 oreillons. Parmi les observations de M. M. de Massary il y a aussi plusieurs cas de récidive (Communic. orale).



CHAPITRE PREMIER

La plupart des auteurs ont accepté l' « orchite amygdalienne de Verneuil », sans discussions et presque sans réserves, et petit à petit elle a acquis droit de cité dans les traités et ouvrages classiques.

Citons, par exemple, Desnos, art. « Amygdales », in Dictionn. de Jaccoud ; Ruault, in Traité Charcot-Bouchard-Brissaud ; Burges, in Manuel de Debove-Achard ; Roque, in Traité Gilbert-Thoinot ; Dupré, in Traité Grancher-Comby-Marfan, etc., etc.

Cette bienveillance des auteurs, pour la « nouvelle venue », était certainement due au prestige de l'autorité incontestable de Verneuil — plus qu'à la valeur réelle des faits, sur lesquels se basaient les promoteurs de l' « orchite amygdalienne ». Desnos (in Dictionn. de Jaccoud) le fait voir lui-même dans la remarque suivante : « A ceux qui ne verraient dans ces observations que des angines développées sous l'influence de la fièvre à oreillons... nous répondrions qu'il n'est pas admissible que Verneuil... ait commis cette méprise », etc.

C'est l'argument de « Magister dixit »... Il s'est trouvé, pourtant, des esprits sceptiques, qui ne voulaient pas se contenter de cet « argument ». Ils ne voulaient se fier qu'aux faits, aux observations, — et en s'adressant aux faits et aux observations ils ne furent pas du tout convaincus, que l'« orchite amygdalienne » existait réellement.

Ainsi Sebileau se demande (in *Traité Le Dentu-Delbet*), si « ce mot d'orchite amygdalienne n'est pas *un trompe-l'œil*, et s'il ne désigne pas tout simplement *une orchite ourlienne méconnue* ».

Monod et Terrillon, dans leur « Tr. des mal. des testicules », pensent également que les cas décrits sous le nom d'orchite amygdalienne ne sont que des « oreillons à forme bizarre ».

CHAPITRE II

La vérité est que les observations, peu nombreuses d'ailleurs, qui ont été publiées en faveur de l'orchite amygdalienne, frappent surtout, par leur extrême fragilité et leur insuffisance.

Sans vouloir entrer dans de longs détails, nous nous contenterons des remarques suivantes :

De deux observations qui ont donné naissance au mémoire de Verneuil, la première concerne un camarade d'étude qui raconte à l'auteur, très rétrospectivement, après de longues années, ce qui s'est passé chez lui au cours d'une amygdalite, vers l'âge de 12 ans.

La deuxième observation a trait à un malade, qui était entré dans le service du Pr Verneuil, pour un « petit épanchement vaginal », et qui *aurait eu* une amygdalite aiguë *19 jours avant l'entrée*.

Vraiment, ces observations de Verneuil ne sont pas bien démonstratives.

Parmi les quelques observations rapportées par

Joal, il y en a deux, dans lesquelles la nature *ourlienne* de l'orchite est, pour ainsi dire, indiscutable ; et déjà Teyssyre lui-même, quoique défenseur de l'orchite amygdalienne, reconnaît que dans ces deux cas au moins, il s'agissait des « *oreillons sous-maxillaires* » avec orchite.

Dans les autres observations de Joal et de Teyssyre, il est vrai que les glandes salivaires semblent avoir été tout à fait indemnes. Mais cela n'exclut nullement la nature ourlienne de l'affection.

On sait, en effet, très bien aujourd'hui que les oreillons ne sont pas une maladie des glandes salivaires, qu'ils peuvent accomplir toute leur évolution sans se manifester aucunement au niveau de ces glandes (notion que semble ignorer encore Teyssyre), que l'orchite (ou mieux, la méningite) peut être la seule expression clinique du virus ourlien. D'un autre côté, on sait aussi la grande fréquence des manifestations pharyngo-amygdaliennes, au cours des oreillons (Barthez et Senne donnent, dans leur Traité 30 amygdalites et pharyngo-amygdalites sur 230 oreillons ; certains auteurs relèvent un pourcentage beaucoup plus fort).

Ajoutons que le tableau clinique de l'orchite prétendue « amygdalienne » présente une grande similitude (Verneuil), des « grandes analogies » (Teyssyre), avec celui de l'orchite ourlienne. Et cela ne laisse pas d'être « troublant ».

Indiquons brièvement, d'après Teyssseyre, ces analogies :

1) Même âge du malade : jeunes gens ou adultes, en période d'activité génitale ;

2) Même localisation de la fluxion, prédominante sur la glande elle-même : « orchite parenchymateuse », des auteurs ;

3) Même mode de début tardif, vers le déclin de la maladie initiale ;

4) Même terminaison, par résolution, sans noyaux d'induration ; mais :

5) « atrophie molle » consécutive fréquente.

CHAPITRE III

Si l'on tient compte de tout cela, on est bien en droit de partager le scepticisme de M. le P^r Sebileau et de se demander avec lui, si le terme d'orchite amygdalienne « n'est pas un trompe l'œil », s'il ne cache pas « quelque orchite ourlienne méconnue ». On peut être parfaitement d'accord avec Joal, Teyseyre, etc., qu'avec nos conceptions actuelles sur la « fièvre amygdalienne » (Bouchard et Landouzy), comme une maladie générale, « *il n'y a rien qui choque l'esprit* » dans l'idée de l'orchite, complication ou localisation de cette maladie générale.

Mais on ne peut pas nier que les faits, sur lesquels se sont basés les créateurs de l' « orchite amygdalienne », ne sont pas suffisamment démonstratifs et n'entraînent nullement la conviction.

Et les sceptiques auront toujours raison d'exiger qu'on leur « prouve » tout d'abord l'*existence réelle* de l' « orchite amygdalienne ».

Mais, comment cette dernière, pourrait-elle, même si elle existait réellement, « faire ses preuves »?

Y a-t-il un procédé certain, à l'aide duquel on pourra déterminer que telle orchite survenant au cours, ou à la suite d'une amygdalite aiguë, correspond véritablement à ce que les auteurs voulaient désigner sous le terme d' « orchite amygdalienne » ?

Les sceptiques ne pourront-ils pas toujours faire la même objection, prétendre qu'il ne s'agit que d'un « trompe-l'œil » (Sebileau) c. à d., tout simplement d'une affection ourlienne fruste, « à forme bizarre » (Monod et Terrillon), dont est fonction l'orchite, aussi bien que l'amygdalite elle-même ?

CHAPITRE IV

Eh bien, nous pensons que l'orchite amygdalienne possède aujourd'hui le moyen de « faire ses preuves » et de démontrer son existence réelle, parce que nous avons aujourd'hui un procédé de diagnostic capable de nous fixer exactement sur la nature, *ourlienne ou non*, d'une orchite.

Ce procédé, c'est la rachicentèse.

En effet (depuis les communications de MM. de M. de Massary et Tockmann, à l'Académie de médecine et à la Soc. médic., en 1917), on sait; que, *dans l'affection ourlienne, la réaction méningée cyto-chimique est absolument constante.*

Cette réaction méningée cyto-chimique existe dans tous les oreillons, qu'ils soient « compliqués » ou non, francs ou frustes, à forme normale ou « bizarre ».

Elle existe même dans ce que l'on a appelé les « oreillons sans oreillons », c. à. d. dans les oreillons,

qui ne se manifestent que par une orchite, ou par une amygdalite (voir obs. II, III et IV).

Fort de cette notion, nous pouvons aujourd'hui, en présence d'une orchite, déterminer facilement par la recherche de la réaction méningée cyto-chimique, si elle est, oui ou non, de nature ourlienne. Et, de cette manière, on pourra résoudre définitivement le problème de l'existence réelle de l'« orchite amygdalienne ».

Si l'on arrive, en effet, à observer des cas d'orchite compliquant une amygdalite aiguë et ne présentant aucune réaction méningée cyto-chimique, — *par conséquent, de nature sûrement non ourlienne*, — on aura ainsi enlevé la seule objection que les sceptiques opposent, avec raison, à la « reconnaissance » de l'orchite amygdalienne et on aura ainsi démontré son existence réelle.

OBSERVATIONS

Obs. I : *Affection ourlienne apparaissant les premiers jours comme une pharyngo-amygdalite banale.*

Le soldat Khal ben Am entre, le 17 juillet 1917 pour « angine suspecte », — Présente, en effet, une dysphagie très prononcée avec tuméfaction des amygdales palatines et exanthème bucco-pharyngé. Courbature générale intense. Céphalée. Pas de raideur, ni Kernig. — $T^{\circ} = 39^{\circ}5$.

Le lendemain matin : $T^{\circ} = 38^{\circ}8$; $P = 120$ (!) Même état général et local.

Le surlendemain, le 19 juillet, apparaît : Parotidite et sous-maxillite bilatérale (assez volumineuse).

Ponction lombaire : Hypertension très élevée ; limpidité parfaite ; lymphocytose très modérée, mais *albumine* = 0 g. 40. Apyrexie depuis le soir du 19 jusqu'au 22 juillet.

Le matin du 22, on note une légère raideur avec

ébauche de Kernig, de la céphalée avec hyperesthésie des globes oculaires ; $T^{\circ} = 37^{\circ}$; $P = 80$.

Le soir du 22 : $T^{\circ} = 38^{\circ}2$ et le lendemain, $T^{\circ} = 39^{\circ}4$ avec $P = 100$. La céphalée et la courbature générale sont très prononcées.

2° *Ponct. lomb.* (le 23 juillet) révèle une *lymphocytose incalculable* (culot déposé sur lames, sans étalement).

Grande amélioration, le 24 ; $T^{\circ} = 38^{\circ}2$; $P = 4$. 7
Apyrexie à partir du 25, le soir.

3° *Ponction*, le 25 : lymphocyt. considérable.

4° *Ponction*, le 1^{er} août : lymphocyt. modérée.

Obs. II : *Affection ourtienne, se dissimulant sous les apparences d'une pharyngo-amygdalite, sa nature spécifique est révélée par la réaction méningée cytochimique.*

Le soldat Léon D., 23 ans, entre dans le service comme « suspect d'oreillons » (milieu épidémique) le 27 décembre 1917. $T^{\circ} = 37^{\circ}$; $P = 58$.

À l'examen, on ne constate rien d'anormal du côté des glandes salivaires ou séminales. Adénopathie légère, sous-maxillaire et carotidienne, avec empatement périadénoïdien. Le malade dit que depuis une dizaine de jours, il souffre, modérément d'ailleurs, de la gorge. En effet : rougeur diffuse du pharynx avec

tuméfaction des amygdales palatines ; l'amygdale droite est couverte d'un léger enduit pultacé. Le malade accuse, en outre, de la céphalée et des douleurs myoarticulaires diffuses et mal définies (en 1915, il aurait été soigné pour « douleurs », aux genoux et dans les épaules).

Lœffler négatif : Les jours suivants, pas d'hyperthermie (T° au-dessous de 37° , une fois descendue à 36°) ; Pouls plutôt ralenti ($P = 74$).

Le 2 janvier 1918 : $T^{\circ} = 37^{\circ}9$ et (au moment de la visite) $T^{\circ} = 39^{\circ}6$ et $P = 112$. *Céphalée intense*. Pas d'autres phénomènes méningés. Le 3 janvier : Ponction lombaire, qui révèle une lymphocytose manifeste (15-20 éléments par champ) et, en même temps, *la nature ourlienne de l'affection*. Apyrexie à partir du 6 janvier ; guérison rapide.

Obs. III : (*cas analogue à celui de l'observation II*).

Aff... entre le 9 Mai 1917, en compagnie de plusieurs de ses compatriotes et camarades, travailleurs grecs, avec le diagnostic d'oreillons.

Tandis que ses camarades sont, en effet, atteints d'oreillons francs, lui, Aff..., ne présente aucune manifestation phlegmasique au niveau de ses glandes salivaires et génitales. Mais : angine érythémato-pul-

tacé avec adénopathie cervicale consécutive. Bronchite-Céphalée modérée. $T=39$; $P=96$.

Aucun phénomène méningé caractéristique.

S'agit-il d'une angine banale, dans un milieu épidémique d'oreillons ou bien de manifestations « pharyngo-amygdaliennes » au cours d'une affection ourlienne fruste ?

La rachicentèse va nous fournir une réponse

Le 10 Mai 1^e ponction lombaire

liquide légèrement hypertendu, parfaitement limpide avec *lymphocytose manifeste* (15-18 éléments par champ)

analyse chimique : chlorures = 6 g 87 ctgr
glycose = 0 g 90 ctgr

L'albumine n'a pas été dosée.

Le lendemain 11 Mai, plus de céphalée mais léger Kernig qui se maintient quelques jours.

Apyrexie à partir du 12 Mai.

Le 14 Mai 2^e ponction lombaire qui révèle une lymphocytose encore assez nette (8-12 éléments par champ).

Le 21 Mai 3^e ponction lombaire liquide quasi normal.

Obs. IV. *Orchite ourlienne « primitive » sans traces de parotidite sous maxillaire, chez un ancien blennorragique avec goutte matinale contenant de ra-*

res gonocoques. La nature ourlienne de l'orchite ne pouvait-être affirmée que grâce à la réaction méningée cytologique.

Mahom ben Add. âgé de 30 ans, entre le 30 déc. 1917 en compagnie de plusieurs de ses compatriotes atteints d'oreillons. — Aucun renseignement d'ordre médical. — Mahom, ne comprend pas le français l'interrogatoire n'est pas bien facile. — A l'examen : *orchi-épididymite* gauche assez volumineuse. Rien du côté des glandes salivaires. — Autant que nous pouvons nous entendre avec lui, il n'a éprouvé ni constaté rien d'anormal au niveau de ces glandes. — T. = 40°

Ce premier examen fut fait par l'externe de service, qui constata, en même temps que l'orchite, un *écoulement uréthral*. Il pensa à une *orchi-épididymite blennorragique* et ordonna des lavages. —

Le lendemain matin, le 31 déc., à la visite, on fait les mêmes constatations objectives, sans l'écoulement : on vient de faire au malade un lavage. On fait arrêter les lavages, et, 24 h. après, le 1^{er} janvier 1918, on obtient une *goutte matinale*, assez abondante, fluide, séreuse. Examen microscop. :

Polynucléaires altérés, cellules épithéliales et mononucléaires. Présence de rares gonocoques, prédominance de cocci banaux et, surtout, de colibacilles.

S'agit-il d'une localisation gonococcique ou d'une manifestation ourlienne ? La notion d'épidémicité est

en faveur de cette dernière hypothèse ; mais l'écoulement urétral ne laisse pas d'être « troublant ».

On pratique, le 2 janvier, un *Ponct. lombaire*, qui montre une *réaction lymphocytaire très intense*, dans le liquide céphalo-rachidien en dehors de tout phénomène méningé clinique. Le diagnostic de la *nature ourlienne* de l'orchi-épididymite est posé et son évolution n'a fait que confirmer ce diagnostic.

Les Obs. V et VI : *Cas rappelant parfaitement ceux d'orchite amygdalienne de Verneuil. Malheureusement, ils ont été observés à une époque où la constance de la réaction méningée cyto-chimique, dans les oreillons, n'était pas encore établie, et la rachicentèse ne fut pas utilisée pour déterminer la nature de ces orchites.*

Obs. V. — Le soldat C. Gabriel, entre le 29 février 1916, pour « *angine suspecte* ». Malade depuis la veille : début brusque par mal de gorge, céphalée, courbature générale et forte réaction thermique ($T^{\circ} = 40^{\circ}3$). On constate, à l'entrée : amygdalite double, très congestionnée et turgescente, avec quelques plaques ulcéro-membraneuses. $T^{\circ} = 40^{\circ}2$.

Le lendemain, $T^{\circ} = 39^{\circ}4$; P = 90. Traces d'albumine dans les urines.

Examen bactériologique négatif pour Lœffler et Vincent. Le traitement banal, pourtant, reste inefficace, l'état général et local se modifient peu sous l'influence

des lavages de la gorge etc., la T° se maintient à 39° . On injecte, le 3 mars, 60 cm^3 de serum de Roux, et tout rentre rapidement dans l'ordre (apyrexie dès le lendemain, l'albumine disparaît à partir du 6 mars).

Le 9 mars, nouvelle poussée fébrile, légère et passagère ($T^{\circ} = 38^{\circ}3$, pendant 48 h.).

Nouvel ensemencement pharyngé négatif. Apyrexie entre le 11 et le 17 mars.

Le 17, on constate le début d'une *orchite*, qui évolue, les jours suivants, à la manière d'une orchite ourlienne, avec sa courbe thermique assez caractéristique (« en clocher »), avec sa marche rapide vers la résolution.

Obs. VI. — Le soldat G. Maxim, entre le 28. septembre 1916, pour « orchite ourlienne ».

Soigné à l'infirmerie, depuis le 20 septembre, pour mal de gorge, on n'a rien remarqué d'anormal du côté des glandes salivaires, quand, le 26 septembre, apparut une orchite gauche, qui, en raison de l'épidémicité, fut suspectée d'être de nature ourlienne, et le malade fut dirigé sur Andral, service de contagieux.

A l'entrée, le 28 septembre : Orchite gauche à caractères ourliens ; $T^{\circ} = 40^{\circ}2$; $T^{\circ} = 39^{\circ}7$; $P = 76$ (!) On ne constate plus rien à la gorge ; glandes salivaires dans un état absolument normal. (Le malade n'a jamais eu les oreillons). L'évolution de l'orchite est en tout semblable à celle de l'orchite ourlienne.

CONCLUSIONS

Notre bref exposé, historique et critique du problème de l' « orchite amygdalienne » d'une part ; les quelques observations que nous venons de rapporter d'autre part nous conduisent aux conclusions suivantes :

1) L' « orchite amygdalienne » n'a pas fait jusqu'ici « ses preuves » : son existence comme entité morbide à part, autonome, reste toujours discutable, et les sceptiques peuvent toujours se demander, avec M. le Prof. Sebileau, si cette étiquette n'est pas un « trompe-l'œil », si sous elle ne se cachent pas tout simplement *des cas d'oreillons frustes, « à forme bizarre »*.

2) *Cliniquement*, l' « orchite amygdalienne » ne pourra jamais, pour ainsi dire, apporter des « preuves » de son existence réelle, autonome : même d'après ses défenseurs, elle présente, *cliniquement*, tous les caractères plus ou moins distinctifs de l'orchite ourlienne.

3) Les oreillons se *dissimulent* parfois sous les apparences banales d'une inflammation *pharyngo-amygdalienne*. La réaction méningée cyto-chimique est alors seule capable de révéler la *nature spécifique, ourlienne*, de l'affection. (v. observ. II et III).

4) Cette même réaction peut nous guider dans la détermination de la *nature ourlienne* d'une orchite, qui évolue « d'emblée », d'une manière « primitive », c. à d., en dehors de toute manifestation fluxionnaire du côté des glandes salivaires (obs. IV).

5) La réaction méningée cyto-chimique étant ainsi constante, même dans les cas d'« oreillons sans oreillons », il nous semble donc très rationnel de demander à la rachicentèse la solution définitive du problème, discuté et discutable, à savoir, si l'« orchite amygdalienne de Verneuil » existe réellement, ou si elle n'est qu'un « trompe-l'œil ». Et nous proposons ce procédé de *diagnostic rachidien* dans les cas, qui se présentent (comme nos obs. V et VI) sous l'aspect d'une « orchite amygdalienne ».

Vu, le Doyen :

H. ROGER

Vu, le Président :

A. CHAUFFARD

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL

IMPRIMERIE SPÉCIALE DE LA LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
85, RUE CHABAUDY, 85 — NIORT
